



Traducido del inglés por deepl.com

**Sesión informativa diaria de PHM sobre la 152ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS:  
Día 3 (1 de febrero de 2023)**

**Informe elaborado por WHO Watch, PHM**

El día comenzó de forma tumultuosa, ya que no se permitió a los ANE entrar en la sala de desbordamiento porque los debates confidenciales de la región europea no habían terminado a tiempo y los trabajos del EB ya habían comenzado. Como consecuencia, la sociedad civil se perdió algunos debates esenciales sobre el punto 12.1.

Continuando con el debate del día anterior sobre el punto **12.1** del orden del día, **Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS ante emergencias sanitarias - Fortalecimiento de la arquitectura mundial de preparación, respuesta y resiliencia ante emergencias sanitarias (EB152/12)**, los observadores y los ANE leyeron sus declaraciones individuales. A continuación, AFRO RD subrayó que las iniciativas deben tener en cuenta el papel fundamental de la APS y la CSU. *Palestina* alentó la **transparencia y la equidad como criterios** para seleccionar el trabajo e *Irán* habló de la **importancia de mantener un debate inclusivo** sobre estas cuestiones. En respuesta a las declaraciones, el *Dr. Michael Ryan*, Director Ejecutivo del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, afirmó que la Seguridad Sanitaria Mundial empieza desde abajo, con un **sistema clínico ágil que pueda ampliarse, conectado con la financiación y la gobernanza**. Sostuvo que la arquitectura mundial de HEPRR no consiste en sistemas de goteo. El *DG Dr. Tedros* afirmó que **la propuesta no pretendía ir por delante de los debates del INB y el RSI**. Estaba aprovechando el impulso de los numerosos informes elaborados que evaluaban los fracasos de Covid-19 para que, cuando concluyeran los debates del INB y el IHR, el plan para la arquitectura global de HEPRR estuviera listo para empezar.

Pasamos al punto **24.3** del orden del día **Documentos del Comité Permanente de Prevención, Preparación y Respuesta a Emergencias Sanitarias (EB152/45, EB152/54 y EB152/54 Add.1)**. El Comité Permanente (CP) debatió el desajuste entre los mandatos de los miembros del Comité Permanente, debido al calendario de candidaturas en diciembre, y el ciclo normal de composición de los comités, que suele coincidir con el calendario de la Asamblea de la Salud. Se presentaron dos opciones (para más detalles, véase el documento EB152/54) 1. **prorrogar los mandatos actuales de 3 miembros del CN hasta la clausura de la AMS78 (2025) y prorrogar los mandatos actuales del Presidente y el Vicepresidente del CN hasta la clausura de la AMS77**



Health for All Now!  
People's Health Movement

(2024); 2. **acortar los mandatos actuales de los 3 miembros del CN para que expiren en la clausura de la AMS77 (2024) y acortar los mandatos actuales del Presidente y el Vicepresidente del CN para que expiren en la clausura de la AMS76 (2023).** *Ruanda, Paraguay, Perú, EE.UU., UE, Brasil, Japón, Maldivas, Yemen, Malasia, Reino Unido, China, Colombia, Noruega y Singapur* eligieron la **opción 1** porque garantiza la coherencia con el ciclo anual del comité, pero también mantiene un equilibrio entre la continuidad del comité y la rotación periódica de los miembros entre los EM. La *UE* **añadió** que el CS debería establecer vínculos con otros organismos, como el grupo de expertos de alto nivel de Una Sola Salud y la alianza cuatripartita, para garantizar un enfoque de Una Sola Salud plenamente operativo. La *Federación Rusa* consideró que **la opción 2 era** la más adecuada y **pidió un procedimiento de votación real**. Tras algunas deliberaciones, la sesión se aplazó hasta después del almuerzo. La votación se llevó a cabo en la sesión de la tarde y se adoptó la Opción 1 con una enmienda por la que se **concedía a algunos miembros 6 meses más de mandato**.

Punto 5 del orden del día. **Cobertura sanitaria universal (CSU) - Reorientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria como base resistente para la cobertura sanitaria universal y preparativos para una reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal (EB152/5, EB152/CONF./3, EB152/CONF./3 Add.1, EB152/CONF./4, EB152/CONF./4 Add.1, EB152/CONF./7, EB152/CONF./7 Add.1, EB152/CONF./10 y EB152/CONF./10 Add.1 Programa de trabajo nº 2).** Hubo un **acuerdo general sobre la importancia de la APS para lograr la cobertura sanitaria universal**. La *UE* comenzó afirmando que "la Atención Primaria de Salud (APS) es la primera línea de defensa contra epidemias y pandemias". *Botsuana* se comprometió con la cobertura sanitaria universal, mientras que la *Federación Rusa* recordó que la **Declaración de ALMA ATA sigue siendo pertinente para guiarnos hacia la cobertura sanitaria universal**. *Eslovenia* hizo hincapié en la participación social y la implicación de la sociedad civil. Se hicieron algunos comentarios sobre el **acceso a los medicamentos y la atención sanitaria**. Los *Países Bajos* señalaron una brecha creciente en el acceso a los medicamentos entre pobres y ricos. Los *47 Estados miembros de la Región de África* pidieron **apoyo tecnológico y financiero** para desarrollar y ayudar a los países a lograr la cobertura sanitaria universal y elaborar servicios nacionales. La *UE* afirmó que **los determinantes sociales** deben considerarse una prioridad. La protección social debe garantizar el acceso de todos a los sistemas sanitarios sin gastos catastróficos. *Timor Oriental*, en nombre de la *región SEARO*, afirmó que **la revitalización de la APS requerirá recursos y financiación** en lo que respecta a la mano de obra y los suministros médicos, y propuso que se incluyera la "necesidad insatisfecha" como indicador para medir la cobertura sanitaria universal. *Corea* subrayó la utilidad de los **sistemas de datos e información** y *Maldivas* pidió que se le apoyara en su establecimiento. *Estados Unidos* mencionó la importancia del acceso a los medicamentos para las comunidades vulnerables y marginadas. La *República Siria* protestó porque sus aportaciones en materia de diagnóstico no se habían tenido en cuenta en la propuesta. Se mencionó la **escasez de profesionales sanitarios**. Los *Países Bajos* señalaron la necesidad de más enfermeras



comunitarias. *47 Los Estados miembros de la Región de África desean que la reorientación hacia la APS se convierta en la base de la seguridad sanitaria y del sistema de salud. También se hizo hincapié en la financiación. Brasil subrayó la necesidad de reforzar la cooperación internacional para la financiación. Yemen declaró la necesidad de un sistema de financiación común que podría proceder de los EM o de los socios. Francia defendió los fondos multilaterales.*

---

---

## Sesión de tarde

### Programa de trabajo

La sesión de la tarde comenzó con el acuerdo de los EM sobre el punto 24.3, en el que se adoptó la opción 1 (con algunas enmiendas). A continuación, se retomó el punto 5 del orden del día sobre la cobertura sanitaria universal, que se dio por concluido. A continuación, el Presidente abre el debate sobre el punto 6, que no concluye. Al final del día, el punto se suspendió hasta la tarde del cuarto día (jueves 2 de febrero).

**El cuarto día de la EB se extenderá desde las 10 de la mañana hasta las 9 de la noche, y el presidente especificó que los puntos del orden del día que se tratarán en primer lugar son **Prevención y control de infecciones (9), Hoja de ruta mundial para derrotar a la meningitis de aquí a 2030 (10), Normalización de la nomenclatura de productos sanitarios (11).****

### 5. Cobertura sanitaria universal

**Reorientación de los sistemas sanitarios hacia la atención primaria como base resistente para la cobertura sanitaria universal y preparativos para una reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal ([EB152/5](#))**

Todos los Estados miembros expresaron su preocupación por la falta de avances en la consecución de los ODS relacionados con la CSU. Muchos señalaron que la pandemia de Covid-19 no hizo sino profundizar en el lento progreso que se había realizado en este frente antes de la pandemia. Muchos países en desarrollo volvieron a mencionar que el fortalecimiento de los sistemas de salud era una prioridad nacional, y que todos los recursos para fortalecer los sistemas de salud deberían utilizarse para reforzar la prestación de atención primaria de salud. En particular, los EM mencionaron la necesidad de mejorar las infraestructuras sanitarias (incluidas, entre otras, las infraestructuras de vigilancia de enfermedades). Zambia pidió a la OMS que reforzara los planes nacionales para lograr la cobertura sanitaria universal, que diera prioridad a la equidad en la asignación presupuestaria de la OMS y que asignara el presupuesto donde más se necesitara.



En sus comentarios, el DG calificó la APS, que es uno de los componentes de la CSU, de prioridad tanto para los países desarrollados como para los que están en vías de desarrollo, si quieren garantizar su seguridad sanitaria. Describió la atención primaria como los "ojos y oídos" de los sistemas sanitarios y, por tanto, esencial para la prevención, detección precoz y respuesta a los brotes en todos los países. El DG señaló que la escasa inversión en APS hace que incluso los países ricos sean vulnerables a la pandemia de Covid.

Muchos países en desarrollo señalaron también la necesidad de aumentar el número de profesionales sanitarios y mejorar su formación, y Haití señaló que los países en desarrollo se enfrentan al problema de la fuga de cerebros, que supone un "despilfarro" de sus "recursos". En sus comentarios al Consejo, el Subdirector General señaló que estaban apoyando a los países en la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario. En sus comentarios a la Junta, el Director General enmarcó la cuestión en un desajuste entre la oferta y la demanda que, en el contexto de la escasez mundial de personal sanitario, lleva a los trabajadores sanitarios a emigrar a mercados más ricos. Propuso que el mundo "se uniera" para formar a más personal sanitario, y describió el aumento de la "oferta" de trabajadores sanitarios como algo que podría solucionar su escasez hacia los países en desarrollo.

El legado de la distribución desigual de las tecnologías de prevención, diagnóstico y tratamiento de Covid-19 también apareció en el debate. En la reunión se aceptaron decisiones encaminadas a aumentar el acceso al oxígeno médico y reforzar la capacidad de diagnóstico de los países. Eswathini pidió a la OMS que apoye a los países en su objetivo de lograr un acceso equitativo a los diagnósticos para crear directrices que lo faciliten.

Se aceptan todos los demás proyectos de decisión presentados en este punto del orden del día. En resumen:

- La Junta tomó nota del informe EB152/5
- Se adopta la Decisión EB152/con3
- Se adopta la Decisión EB152/conf4
- Se adopta la Decisión EB152/con7
- Se adopta la Decisión EB152/conf 10

Muchos países están preocupados por el aumento de los gastos sanitarios catastróficos, y la mayoría considera que el acceso universal a algún tipo de mecanismo de seguro sanitario universal es una herramienta importante para hacer frente a esta situación. Noruega señaló que, para tener éxito, los sistemas de cobertura sanitaria universal requieren una protección social más amplia, una orientación hacia la prevención y una sólida rendición de cuentas, gestión financiera y



liderazgo político, lo que incluye garantizar que siga siendo una prioridad en la agenda política mundial.

Polonia argumentó que el gasto sanitario catastrófico debería ser una cuestión prioritaria para todos los gobiernos. Como parte de esta cuestión, pidió que se abordara la relación desigual entre el Estado y los compradores, por un lado, y los proveedores de medicamentos, por otro. Indicó que estaría encantado de seguir debatiendo cuestiones de precios justos en la AMS76. Bangladesh pidió a la Secretaría que estudiara la forma de desvincular los servicios sanitarios esenciales y otros suministros de los intereses políticos y comerciales.

Muchos países insistieron en que los sistemas de CSU deben garantizar el acceso universal a la atención primaria, y algunos (como Noruega) señalaron que para lograr la CSU es necesaria la participación de la comunidad. Del mismo modo, Haití argumentó que a menos que los países se comprometieran con la movilización social, la CSU seguirá siendo inalcanzable, y que los programas de atención vertical perturban la capacidad de los países para alcanzar sus objetivos de atención primaria.

Argentina subrayó que la transparencia, la solidaridad, la investigación y el desarrollo, y la producción local son elementos de un sistema de cobertura sanitaria universal justo. La mayoría de los países se refirieron a los objetivos de los ODS al hablar de la CSU, lo cual es comprensible dado que son el principal punto de referencia para la documentación sobre este tema. Sin embargo, los Estados desarrollados no suelen mencionar las transformaciones estructurales más amplias destacadas por Argentina.

## **6. Enfermedades no transmisibles (ENT)**

**Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la salud mental ([EB152/6](#)); Proyecto de menú actualizado de opciones políticas e intervenciones rentables para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.**

La mayoría de los países expresaron su preocupación por el número de personas que padecen ENT entre los países y dentro de ellos. Todos los países apoyaron el reconocimiento de la salud mental como quinta ENT y su integración en la atención primaria. Dinamarca señaló que el gasto en salud mental es muy inferior al de las enfermedades somáticas, y pidió a los países que realicen inversiones a largo plazo para mejorar la salud mental (sobre todo de niños y adolescentes) y luchar contra la estigmatización y la discriminación. También señaló que es necesaria una base empírica más sólida para producir investigación de calidad sobre salud mental.



China también hizo una intervención sobre la cuestión de la investigación y la elaboración de políticas basadas en pruebas, cuando pidió a la Secretaría que incluyera en sus notas si sus documentos contienen referencias a publicaciones científicas en lengua no inglesa.

En general, muchos países en desarrollo mencionaron la importancia del acceso sostenible a las tecnologías necesarias para diagnosticar y tratar las ENT, y la producción local y la transferencia de tecnología se señalaron como mecanismos importantes para lograrlo. Botsuana, por ejemplo, acogió con satisfacción el apéndice actualizado que la OMS ha desarrollado para ampliar el menú de intervenciones rentables que los países pueden llevar a cabo. Sin embargo, también hizo un llamamiento urgente a la inversión en investigación y desarrollo, especialmente en los PBI y los PIM, para permitir el desarrollo de dispositivos médicos adaptados al contexto para la gestión de las ENT.

En su intervención, Canadá pidió más aclaraciones sobre cómo planea la Secretaría integrar la agenda de las ENT "5 por 5", incluidas las intervenciones dirigidas a abordar la contaminación atmosférica, en las actualizaciones del Plan de Acción Mundial y los documentos relacionados. Japón señaló que el informe no incluía enfermedades críticas como el cáncer gástrico y el cáncer de piel, y advirtió de que esto no podía llevar a una desinversión en estas áreas. Pidió que la secretaría recomiende intervenciones sobre estas enfermedades. Eslovaquia pidió que se prestara más atención a la obesidad infantil y al cáncer infantil. India pidió que se elaboraran directrices sobre la forma física adaptadas a la edad y que se promovieran enfoques holísticos para gestionar las ENT, incluida la incorporación de la medicina tradicional a la atención primaria.